L'ULCÈRE SIMPLE CHRONIQUE

DE LA VESSIE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
— — M. VALLOIS (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtamologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O ✻), E. BERTIN-SANS
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe.....	L. JEANBRAU, agré
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBER
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBR.
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	LECERCI

M. IZARD, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président*
ESTOR.
L. IMBERT.
JEANBRAU.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertat qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend donner ni approbation ni improbation.

N° 24
6

L'ULCÈRE SIMPLE CHRONIQUE DE LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 13 FÉVRIER 1904

PAR

Jules SAUVY

Né à Graissessac (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DUSSOL, MESSIET & JEANJEAN
14-16, Rue des Etuves, 14-16

1904

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. IMBERT

A MES MAITRES

A MES AMIS

Faible témoignage de reconnaissance
et d'affection.

JULES SAUVY.

L'ULCÈRE SIMPLE CHRONIQUE
DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Toutes les muqueuses peuvent être le siège de pertes de substances diverses, allant de l'exulcération superficielle jusqu'à l'ulcère perforant, avec tous les intermédiaires. La vessie, quoique moins souvent atteinte que la muqueuse digestive, ne fait pas exception à cette règle, et l'on y trouve toutes ces lésions.

Mais, parmi elles, il en est une que nous avons appris à connaître, ou du moins à mieux connaître, seulement depuis quelques années, surtout grâce à l'emploi raisonné du cystoscope. Je veux parler de l'ulcère simple chronique idiopathique.

Indépendante de la tuberculose et de la cystite, qui paraît plutôt sa conséquence que sa cause, par sa physionomie particulière et par tous ses caractères, cette lésion semble bien devoir occuper une place à part dans le cadre des affections vésicales, et mériter d'être considérée comme une entité morbide.

Ce n'est pas qu'une étude attentive des observations qui ont été publiées à ce sujet ne puisse permettre de trouver, ou du moins de supposer, dans presque tous les cas, la cause de la lésion, quoique elle paraisse souvent très obscure : Peut-être en éclaircissant sa pathogénie, encore presque inconnue, pourra-t-on la rattacher à une cause trophique ou vasculaire ou même démembrer ce groupe peut-être trop artificiel, auquel on pourrait reprocher d'être un *caput mortuum* servant à classer les ulcérations dont on ne peut trouver la cause, et que l'on ne peut ranger dans un autre chapitre. Quoiqu'il en soit, les recherches sont trop peu avancées à ce sujet, et ce groupe nous paraît devoir être consacré, parce qu'à défaut de rigueur scientifique, il répond à une nécessité clinique.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les anciens auteurs avaient étudié les ulcérations vésicales, mais sans trop s'attacher à les grouper suivant leurs causes.

En 1836, Mercier attira le premier l'attention sur les ulcérations spontanées de la vessie, qu'il attribuait à la stagnation de l'urine dans le bas-fond ou dans les cellules. Après lui, Civiale étudia les ulcérations chroniques perforantes. Mais personne n'avait encore émis l'idée d'ulcérations idiopathiques, quand Lawson-Tait songea à les rapprocher de l'ulcère de l'estomac. Depuis, Gross leur a consacré un long chapitre, insistant sur leur coïncidence habituelle avec la sclérose de la paroi et des phénomènes douloureux intenses et rebelles.

De plus en plus nombreux à mesure que se répandait l'usage du cystocope, divers auteurs, Fenwick, Padlay, Waughan, Morgan, Prosch, Schatz, Wagner, Bazy, Albarran, Le Fur ont rapporté des cas de cette affection qui, en dépit de sa réputation de rareté, paraît pourtant se rencontrer assez souvent.

Fenwick en a fait l'étude presque complète, dans plusieurs mémoires ; Gandy a essayé dans sa thèse, d'en donner la pathogénie. Elle a fait l'objet d'un travail très considérable et

très complet, ainsi que d'une communication au Congrès de médecine de 1900, de la part de Le Fur.

Malgré tout, cette affection ne paraît pas avoir encore conquis une place bien à elle dans la nosographie médicale. Les auteurs actuels en font un chapitre des cystites rebelles. C'est sous cette rubrique que nos maîtres, MM. les professeurs Tédenat et L. Imbert les ont décrites dans une communication et un rapport à la septième session de l'Association française d'urologie.

En somme, la littérature médicale possède à l'heure actuelle de nombreuses observations d'ulcères de la vessie. Toutes ne sont certes pas démonstratives : il en est de douteuses ; quelques-unes sont par trop brèves, beaucoup manquent du contrôle cystoscopique ou opératoire.

Parmi celles que nous avons pu recueillir, nous en présentons quelques-unes qui nous paraissent suffisamment démonstratives pour donner une idée de l'affection.

CHAPITRE III

Observation I

(Fenwick, *British medical Journal*, 1896, I, 1133. *in* th. de Le Fur)

Un homme bien constitué, âgé de 20 ans, est venu se soumettre à mon observation en 1888. Il présentait des attaques intermittentes *d'hématurie abondante et de douleur au niveau du pénis.* Il n'a jamais eu de rapports sexuels. A l'aide du cystocope j'ai aperçu sur la paroi postérieure, derrière l'espace interuretéral, un petit ulcère ayant les dimensions d'un schelling. L'ulcère présentait des bords élevés, gélatineux, un fond sanguinolent, bourbeux, son aspect me rappelait la tache faite par le passage d'une balle à cible.

Je n'ai pas cru devoir opérer, mais depuis ce moment j'ai suivi le malade et les progrès du mal pendant quelques années. Tous les symptômes précédents disparurent. Je suppose que l'ulcère a guéri dans ce cas, mais je n'y attache pas trop d'importance, n'ayant pu de nouveau soumettre ce malade à la cystoscopie.

Observation II

(Fenwick, id.)

W. B..., âgé de 20 ans. Pas d'antécédents vénériens, pas de rapports sexuels, pas d'antécédents héréditaires de phtisie. Trois ou quatre mois avant de me consulter il fut soudainement saisi de *douleurs brûlantes siégeant à l'urè-*

tre, à l'angle peno-scrotal. La douleur existait seulement *au moment de la miction.*

Une quinzaine de jours après, le sang apparut mêlé à l'urine. Depuis lors une *forte hématurie* avec caillots se répétait une fois ou deux par semaine. Tantôt le sang était mêlé à l'urine, tantôt il passait pur à la fin du jet. L'exercice ne produisait pas d'effet sur la douleur ou sur le sang. Le malade n'a pas accusé de fréquence des mictions car il pouvait retenir l'urine pendant 4 heures. L'urine dont le poids spécifique était de 1022 était acide et contenait une quantité microscopique de pus. Nulle trace de tuberculose.

Cystoscopie. — En dedans de l'orifice uretéral droit, sur la paroi postérieure, et dépassant en partie le trigone, on apercevait une pellicule de matière gris blanchâtre (muco pus phosphatique). Le centre était rongé formant un *ulcère superficiel à bords rouges.* Le reste de la muqueuse vésicale était absolument sain, et la capicité de la vessie normale.

Ce cas représente l'ulcère tout-à-fait au début de la première période. La douleur n'était pas constante, la fréquence n'était pas marquée et l'ulcère n'était pas profond.

Observation III

(Fenwick, id.)

G. G..., garçon d'apparence robuste, âgé de 20 ans, sans antécédents vénériens, ni antécédents héréditaires de phtisie. Dix mois avant de venir me voir il accusait déjà la présence du *sang dans l'urine*, et en même temps il *urinait plus souvent que d'ordinaire*, se levant une fois dans la nuit. Au bout de six mois l'hématurie cessa. La douleur au bout du gland était insupportable, surtout après la mic-

tion,et l'irritabilité vésicale exagérée. Le poids spécifique de l'urine était de 1015. Elle contenait du pus et était acide.

J'ai pratiqué la cystoscopie et j'ai aperçu un *petit ulcère*, au point d'élection, sur la paroi postérieure, dans la partie inférieure près de la base du trigone. Pas de trace de tuberculose. J'ai dit à son médecin qu'il fallait laver au nitrate d'argent (1/25).

Deux ans après, le malade se lavait quotidiennement la vessie avec une solution de nitrate d'argent au 1/60. Cela le soulageait, sinon il éprouvait une douleur terrible au pénis, et une envie fréquente d'uriner. Il ne pouvait pas se tenir debout au moment de la douleur, qui par la marche augmentait d'intensité. Mais dès qu'il injectait la solution la douleur disparaissait pour 24 heures.

Le bien-être obtenu était plus considérable si l'injection était faite, le malade étant dans le décubitus dorsal. Il pouvait aussi retenir l'urine pendant trois heures dans la journée et n'avait pas besoin de se lever la nuit. Les testicules et la prostate sont normaux. L'urine contient un peu de pus et un peu d'épithélium vésical.

Deuxième cystoscopie. — Le prostate est tuméfié, une portion du trigone et tout l'orifice uretéral est couvert d'une pellicule noire, ne présentant pas de brillant, mais bien d'un noir mat, comme une surface argentée. C'est là évidemment la couche épithéliale où s'est déposé l'argent de l'injection. En grattant avec le bout du prisme du cystoscope on détache un lambeau de cette pellicule, et *la muqueuse sous-jacente rougie se montre à découvert.* Le reste de la vessie est resté complètement indemne de l'action de l'argent. Elle est sombre, mais assez saine sur toute sa surface excepté du côté interne du l'uretère droit. Ici, sur

la paroi postérieure, en bas, il se trouve *un ulcère recouvert d'une couche blanche de phosphate de chaux et de mucus.* Ses bords ne sont pas sanguinolents.

Il m'a semblé que le nitrate d'argent avait dû produire un effet galvanoplastique sur la surface de l'ulcère. et avait protégé les nerfs dénudés contre l'action irritante de l'urine, diminuant ainsi la douleur et le réflexe de miction.

On pratiqua la cystostomie périnéale, l'ulcère fut fortement gratté et la vessie drainée pendant six semaines. Vers la fin de la deuxième semaine toute douleur avait disparu.

Observation IV

(Fenwick, id.)

Un homme d'aspect assez délicat, de 26 ans, me fut envoyé avec les antécédents suivants : depuis 7 ans il souffrait *d'attaques violentes d'hématurie avec douleurs exaspérantes au niveau du pénis* et envies fréquentes d'uriner. La couleur des urines était variable, tantôt elle était celle du sang artériel, tantôt elle était très foncée. La douleur au niveau du pénis était constante mais elle était plus sensible lorque le malade subissait un heurt ou un coup. La fréquence des mictions allait jusqu'à tel point que le malade devait uriner toutes les dix minutes, mais un suppositoire rectal de morphine lui permettait de retenir l'urine pendant trois ou quatre heures.

La cystoscopie a révélé un ulcère cratériforme situé du côté interne de l'orifice uretéral gauche. Les bords étaient gélatineux, déchiquetés et sanguinolents. On pratiqua la taille périnéale et l'ulcère fut gratté.

Observation V

(Fenwick, id.)

Il s'agit d'une dame dont la vessie ne pouvait contenir qu'une once d'urine et cela avec difficulté, ses souffrances étaient extrêmes. Elle avait un ulcère incrusté de calcaire, à l'endroit habituel, sur la paroi postérieure, et un ulcère de contact sur la paroi antérieure. J'ai raclé ces ulcères et au bout de 6 mois la malade était capable de retenir ses urines pendant trois heures dans la journée et encore plus longtemps pendant la nuit? Et actuellement elle est délivrée de toute douleur ou gêne. Lorsque je l'ai examinée tout dernièrement au cystoscope, les ulcères étaient guéris.

Observation VI

(Razonmowsky, *Watsch*, *in* th. de Le Fur)

Malade de 62 ans, chez lequel, sans cause apparente, survinrent des *hémorragies* violentes provenant de la vessie. Six mois plus tard l'hémorragie se répéta. A l'entrée du malade à l'hôpital on a constaté qu'il éliminait 1500 à 2000^{cc} d'urines de densité de 1011 à 1016.

Peu de globules rouges dans le précipité. Au cystoscope on a trouvé sur le fond de la vessie une tumeur villeuse.

Opération. — Taille sus-pubienne. On trouve deux papillomes sur le fond. Près de l'uretère droit sur la paroi postérieure, on trouve un *ulcère rond*, à bords abrupts comme taillés à pic pénétrant jusqu'à la musculeuse, couvert d'un enduit grisâtre. L'ulcération est unique. La muqueuse avoisinant l'ulcération, ainsi que celle qui tapisse le reste de la vessie est normale.

Les tumeurs ayant été enlevées, l'ulcère est touché au thermocautère. Le malade a guéri : il n'avait, trois mois après, aucune trace de maladie.

Observation VII

(Albarran, *in* th. de Le Fur)

A..., âgée de 26 ans, bien constituée sans aucun antécédent héréditaire ni personnel digne de remarque.

Depuis un an, la malade avait commencé à souffrir de la vessie. Au début, les mictions sans être augmentées de fréquence étaient douloureuses et, parfois, l'urine contenait un peu de sang, ces phénomènes de cystite s'accentuèrent ensuite et de *fortes hémorragies* effrayèrent surtout la malade. En plus des petites quantités de sang qu'elle perdait assez souvent avec les urines, elle eut *deux fortes hématuries avec caillots qui durèrent plusieurs jours.*

Le 3 juillet, elle se plaignait d'uriner très souvent, à peu près toutes les demi-heures et de souffrir beaucoup à chaque miction.

Les urines étaient très troubles et contenaient un grand nombre de leucocytes et différents microbes. Pas de bacilles de Koch.

La capacité vésicale était de 50 grammes. Au double palper les parois de la vessie ne paraissaient pas épaisses. Les reins n'étaient pas sensibles à la pression, ni augmentés de volume.

Cette malade avait été traitée par les balsamiques, par différents lavages et instillations sans aucun résultat.

Opération.— La malade étant endormie, je pus introduire facilement dans la vessie 150 grammes d'eau boriquée et pratiquer la cystoscopie qui me montra des lésions de cystite banale de moyenne intensité.

Sur la face postérieure de la vessie, en arrière du trigone et du côté gauche, se voyait une ulcération allongée ayant près de 2 centimètres dans son plus grand diamètre. Les bords étaient irréguliers, mais ils n'avaient pas plus que le fond de couleur rouge foncé. Je diagnostiquai : ulcération simple.

La taille hypogastrique pratiquée immédiatement confirma ce diagnostic et permit de constater qu'il n'y avait aucune infiltration ni induration autour de l'ulcération. Saisissant avec une longue pince à griffe la muqueuse vésicale sur le bord supérieur de l'ulcération, il me fut facile d'enlever, aux ciseaux, toute la partie malade, sans avoir besoin de pénétrer très profondément. Je suturai la plaie avec des fils de catgut, et, la vessie ne me paraissant pas très malade par ailleurs, je fermai complètement la vessie et mis une sonde à demeure.

Guérison sans incidents. La malade put rester 4 heures sans uriner. Ses urines ne contenaient pas de sang mais continuèrent à être un peu troubles.

Observation VIII

(Albarran, *in* th. Le Fur)

X... 54 ans. Atteint depuis quelques mois de pollakyurie légère avec sensation de pesanteur, assez peu accusée d'ailleurs, urina sans cause apparente et *sans douleur une grande quantité de sang;* cette *hémorragie* se reproduisit quelque temps après sans douleur.

La vessie, peu sensible au contact, ne présentait pas d'épaississement au double palper. Les urines étaient un peu louches, contenant des globules rouges et des cellules épithéliales, les reins normaux.

Cystoscopie. — Près de la ligne médiane sur la paroi postérieure de la vessie, à 3 centimètres au delà du muscle interurétéral, se trouve une ulcération arrondie, à bords déchiquetés, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes. La muqueuse vésicale paraît œdémateuse et boursoufflée sur les bords de l'ulcère qui ne paraît pas très profond.

Taille hypogastrique. — On constate des lésions de cystite assez légère, plus marquées vers le col, le trigone et la paroi postérieure. Pas de leucoplasie vésicale.

Les bords de l'ulcération sont souples, ainsi que son fond, rouge violacé; l'exploration digitale détermine un saignement en nappe assez abondant.

Extirpation de l'ulcération aux ciseaux, suture de la perte de substance qui n'est pas perforante, suture complète de la vessie. Réunion par première intention.

Trois mois après le malade mourut avec les symptômes d'une tumeur cérébelleuse.

Examen histologique. — Une coupe portant sur le bord et le fond de l'ulcération montre qu'il n'y a pas trace d'infiltration épithéliale. Du côté de la muqueuse l'épithélium a disparu en partie, et dans le chorion on trouve des dépôts hématiques avec une infiltration embryonnaire qui se poursuit profondément jusqu'à la couche musculaire.

Observation IX

(Albarran, *in* th. Le Fur)

Femme de 45 ans, souffrait beaucoup en urinant, depuis plus d'une année, et avait des urines troubles.

Depuis quelques mois les urines étaient *souvent teintées*

de sang, et à deux reprises différentes elle avait uriné *du sang très abondamment*. Toute l'urine était colorée et contenait *des caillots*.

Depuis plus d'un an elle était soignée par des lavages vésicaux.

La capacité vésicale ne dépassait pas 60 gr., la vessie n'était pas épaissie au double palper.

Cystoscopie. — En arrière du trigone, à 2 centimètres du muscle interuretéral, on voit une *ulcération ovalaire, un peu irrégulière, à bords surélevés, à fond hémorragique, ayant à peu près la grandeur d'une pièce de 50 centimes.*

La muqueuse vésicale, tout autour de l'ulcération, est rouge, vascularisée, ainsi que dans le reste de la vessie.

Uretères et reins normaux ;

Etat général médiocre. Pas de fièvre ;

Taille hypogastrique : résection partielle de la vessie comprenant l'ulcère, guérison par première intention.

Suites opératoires.— Suppression complète des hématuries. La malade part en bon état, ne souffrant plus. Les urines sont claires.

Observation X

(Le Fur)

Jeanne L..., 24 ans, sans antécédents, fut prise brusquement *d'hématuries légères et intermittentes*, sans cystite, ni douleurs, ni fréquence des mictions. Trois mois après elle commença à souffrir à la suite d'une hématurie avec caillots plus violente que les autres, due à de grandes fatigues.

Le cystoscope permet de voir une ulcération irrégulière, en arrière et en dehors de l'uretère droit, à bords assez nets, à fond un peu déchiqueté.

La malade refusant la taille, on lui fait des lavages au nitrate à 1/1000 puis des instillations à 1, 2, 3 p. 100, et de teinture d'iode diluée qu'on porte en enfonçant beaucoup la sonde, et en la dirigeant avec le doigt introduit dans le vagin. La douleur locale indique quand on est sur l'ulcération.

Peu à peu l'ulcération diminua d'étendue et de profondeur, les hématuries s'espacèrent, et, deux mois après le début du traitement, la malade put être considérée comme guérie. On retrouvait à peine au cystoscope la trace de l'ulcération qui se révélait cependant par une *surface plus pâle et plus unie, légèrement plissée à la périphérie.*

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

L'ulcère simple de la vessie est aussi appelé quelquefois ulcère spontané ; c'est dire combien, à première vue, il peut être difficile de déterminer ses causes. Nous l'avons en effet séparé avec soin de toutes les lésions de la muqueuse vésicale consécutive à la tuberculose, la syphilis, un néoplasme, un traumatisme, une cystite antérieure, un calcul. Il paraîtrait donc qu'il ne reste plus qu'à l'étiqueter sous la formule des affections idiopathiques, l'étude des diverses observations ne permettant, dans aucun cas, de trouver une cause qui lui soit réellement applicable.

A la vérité on trouve quelquefois mentionné un état névropathique antérieur, mais trop rarement pour pouvoir tabler sur une donnée aussi vague et pour permettre de voir là autre chose qu'une coïncidence.

La plupart des sujets observés sont sains, jeunes, exempts de toute infection génitale antérieure, ou de tare organique susceptible d'être notée. Fenwick et Razonmowsky vont même jusqu'à faire de cette lésion l'apanage exclusif des jeunes gens de vingt ans ; on ne peut donc songer à mettre en cause l'infection, dans les conditions du moins où on est habitué à la trouver en chirurgie.

Cherchant les conditions dans laquelle est apparue la maladie, M. le professeur agrégé Imbert a pu dresser le tableau suivant :

Sur 36 cas qu'il a recueillis, il trouve :

	Hommes	Femmes	Total
Au-dessous de vingt ans	3	3	6
De 21 à 30 ans	2	7	9
De 31 à 40 ans	3	3	6
De 41 à 50 ans	1	7	8
De 51 à 60 ans	1	3	4

Il convient d'y ajouter trois femmes *jeunes* dont l'âge n'était pas autrement spécifié sur les observations.

Sans doute ce tableau est artificiel (et notre Maître a bien voulu nous le faire remarquer lui-même). Néanmoins il nous montre en premier lieu que l'âge ne paraît pas devoir entrer pour beaucoup en ligne de compte (18 sujets au-dessous de 30 ans et 18 au-dessus). Ceci va contre l'assertion de Fenwick et de Razonmowsky, qui prétendent avoir surtout trouvé l'affection aux environs de la vingtième année. Par contre, on remarque une prédominance marquée pour le sexe féminin, puisqu'on signale 10 hommes seulement contre 36 femmes. Faut-il voir là une influence particulière exercée par la conformation anatomique, par le voisinage de l'utérus, par les menstruations ou les grossesses. C'est la question que nous allons nous poser dans le chapitre suivant.

Sans doute, il existe d'autres causes plus efficaces, qui influent sur l'apparition de la maladie. Mais elles paraissent avoir échappé à l'examen de tous ceux qui s'en sont occupés ? Dans l'état actuel, il semble impossible de déterminer d'une façon précise l'étiologie de l'*ulcus vésical,* et l'on est forcé, faute de mieux, d'en faire une ulcération essentielle.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

En examinant les nombreuses théories qui ont été bâties d'après l'examen des malades atteints d'ulcères des muqueuses, et le résultat des multiples expériences faites à ce sujet, on est amené à voir que toutes ces lésions relèvent d'un lieu pathogénique commun, et que si les causes les plus diverses peuvent leur donner naissance, expliquant leur variété d'aspect, les lésions anatomiques sont de même ordre, ne diffèrent en somme que par leur degré ou leur disposition. Les lésions mécaniques, l'intoxication et l'infection se trouvent à la base de toute ulcération.

Bien que les renseignements fournis par les diverses observations que nous avons pu recueillir de l'ulcère simple chonique ne nous permettent pas de conclure nettement à un mécanisme identique, il semble cependant que nous puissions l'admettre.

Gandy, dans sa thèse remarquable, a bien mis en évidence le rôle joué par les toxémies dans la production de l'ulcère de l'estomac et de l'intestin, il a même parlé de l'ulcére de la vessie dans son travail. Ce rôle n'est pas discutable.

Deux cas, rapportés par Cornil et Rosving, où l'on trouva de nombreuses ulcérations de la vessie chez des malades

morts de scarlatine et de fièvre typhoïde, de nombreuses autopsies de Le Fur, qui a observé de pareilles ulcérations chez de nombreux malades victimes de maladies infectieuses diverses, démontrent bien le rôle que peuvent jouer les toxines en passant à travers une muqueuse. Il est facile de l'admettre pour la muqueuse gastrique et intestinale, où la fonction éliminatrice suffit à expliquer le passage des toxines ; moins pour la vessie, dont la muqueuse a simplement un rôle de protection. Mais en tenant compte des expériences faites *in anima vili* par Guyon, Raymond et Le Fur, qui ont pu provoquer des lésions vésicales en injectant des cultures sous le péritoine des animaux, en tenant compte aussi des observations cliniques, et elles sont nombreuses, où l'on a trouvé à la fois un ulcère sur la muqueuse et un foyer de suppuration dans le voisinage de la vessie, il paraît impossible de nier qu'il ne puisse exister un courant allant de dehors en dedans et susceptible d'entraîner des toxines. Les microbes traversent dans certaines conditions les parois de la vessie du dehors en dedans, qu'ils soient placés dans le péritoine, à sa surface, ou qu'ils viennent de plus loin dans l'organisme.

Plus rare nous paraît être l'origine endovésicale. Si chez quelques malades on trouve des pyélites et des suppurations des voies urinaires supérieures, dans la plupart des cas, au contraire, aucune infection n'existe de ce côté et l'urine est aseptique.

Quoi qu'il en soit, l'infection paraît agir par voie vasculaire provoquant des embolies septiques dans les capillaires, amenant l'anémie de certains territoires, des foyers de suppuration qui feront bientôt une perte de substance.

Mais ce n'est pas tout. Il y a aussi pour la vessie un élément mécanique important dont il faut tenir compte. Se contractant à chaque instant, pourvue d'une muqueuse

riche en capillaires sans soutien du côté de la cavité vésicale et dont les parois sont si souvent soumises à des pressions du côté de la cavité pelvienne, la vessie est de par sa nature même grandement prédisposée aux congestions et aux hémorragies interstitielles, capables d'amener, en dehors même de tout élément septique, une ulcération.

Rien ne prouve du reste que la toxémie et l'hémorragie interstitielle n'ont pas été associées.

On s'explique, dès lors, la prédominance qu'accuse la statistique pour le sexe féminin. En effet, chez la femme la vessie se ressent du voisinage de l'utérus, qui agit sur elle à la fois mécaniquement et par sa tendance aux congestions, sans parler des dangers qu'il peut souvent présenter en tant que voisin septique.

Quoi qu'il en soit, toxémie de cause locale ou générale et troubles mécaniques peuvent être parfaitement admis pour nous expliquer le mécanisme des ulcérations de la vessie en général.

Mais pourquoi ces ulcérations sont-elles tantôt des exulcérations en coup d'ongle, s'accompagnant d'hémorragies foudroyantes, tantôt des ulcères à marche rapide, aboutissant à la perforation vésicale, tantôt, enfin, l'ulcère d'allures torpides, de pronostic en somme assez bénin, qui nous occupe ?

Est-ce que dans ce cas la cause occasionnelle a été trop légère pour provoquer de graves désordres et assez longtemps soutenue pour épuiser la vitalité des éléments anatomiques, les privant de cette tendance rapide à la cicatrisation que présentaient les animaux sur lesquels Guyon et Le Fur on fait des expériences ?

Faut il faire intervenir un trouble trophique, dû à une lésion d'un nerf ou de la moelle, et qui aura passé inaperçue ?

Cela ne paraît pas impossible, et nous avons trouvé dans le travail remarquable de Le Fur quelques expériences qui semblent devoir confirmer cette hypothèse.

Resterait à expliquer, maintenant, pourquoi cet ulcère siège toujours dans le bas-fond de la vessie, au voisinage des orifices uretéraux. Sans doute c'est là le siège habituel des lésions vésicales. Y a-t-il là un lieu de moindre résistance? Nous l'ignorons et nous ne connaissons aucune particularité anatomique qui nous permette de l'expliquer.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions qui caractérisent l'affection dont nous nous occupons peuvent être différentes suivant la période de la maladie où on les examine. A l'exemple de Fenwick nous diviserons l'évolution de l'affection en trois périodes :

1° L'ulcère avant la cystite généralisée ;

2° La cystite généralisée ;

3° Période d'ulcération totale de la vessie.

C'est surtout la première qui nous intéresse, car c'est à cette époque que l'affection est très caractéristique.

A cette période, et Fenwick a beaucoup insisté là-dessus, la lésion se présente comme une ulcération, en général unique, rarement multiple, arrondie, se détachant sur la muqueuse saine, rouge ou reconverte d'un exsudat blanchâtre.

Chose à remarquer, le siège de l'ulcération est toujours constant sur les parties déclives de la vessie, le bas-fond, le trigone, le voisinage des orifices uretéraux. Fenwick prétend l'avoir surtout rencontré entre les deux uretères ; Le Fur au contraire l'a vu plus souvent en dehors.

Les dimensions sont peu considérables, une pièce d'un schelling ; les dimensions d'un trou d'une balle à cible (Fenwick), 2 centimètres sur son grand axe (Albarran), une

pièce de 50 centimes (Albarran); la forme est le plus souvent circulaire, ovalaire seulement dans un cas ou deux, irrégulière dans quelques autres.

Les bords de l'ulcère sont légèrement surélevés, gélatineux, rouges dans certains cas, déchiquetés, taillés à pic, donnant à l'ulcération l'aspect cratériforme.

La profondeur est variable, mais n'est pas en général considérable.

Dans un seul cas (Obs. 6) la musculeuse était atteinte. Dans plusieurs cas on a pu faire l'excision de l'ulcère sans rompre la continuité de la vessie. Peut-être faut-il tenir compte de l'âge de l'ulcère dans cette évaluation.

Le fond est irrégulier, rouge et saignant ou recouvert d'un enduit blanchâtre ou grisâtre qu'un léger raclage suffit à enlever.

Dans presque tous les cas la muqueuse avoisinante est saine, seulement un peu rouge mais pas indurée, autour de l'ulcération.

La vessie a conservé sa capacité normale, les urines sont claires, acides, contenant seulement un léger dépôt épithélial et hématique, mais pas de pus à proprement parler, leur densité n'est pas modifiée.

L'examen bactériologique fait, dans beaucoup de cas, dans le but de dépister une tuberculose, a permis de constater qu'on ne trouvait presque jamais de microbes ; dans quelque cas seulement on a pu reconnaître le coli, mais en minime quantité.

L'examen histologique pratiqué dans un cas (Obs. 8) a permis de constater la disparition partielle de l'épithélium de la muqueuse, la présence de dépôts uratiques dans le chorion, avec une infiltration embryonnaire qui se poursuit profondément jusqu'à la couche musculeuse. Pas de trace d'infiltration épithéliale sur les bords de l'ulcération.

La bénignité de l'affection, à cette période, fait ces examens microscopiques excessivement rares.

Mais Guyon, Raymond et Le Fur ont pu suivre la marche de l'affection sur des animaux chez lesquels ils avaient provoqué des ulcérations par injection de cultures microbiennes. Dans ces cas, ils ont toujours trouvé une vasodilatation des capillaires et des veinules de la muqueuse, de la sous-muqueuse, et souvent de la couche sous-péritonéale, une infiltration hémorragique abondante de toutes ces couches, et, à la périphérie, une infiltration inflammatoire d'éléments embryonnaires jeunes. Dans certains cas, des thromboses des petits vaisseaux.

A la deuxième période, l'ulcération a changé d'aspect ; elle s'est recouverte d'un dépôt phosphatique, parfois assez épais pour représenter un véritable calcul adhérent (1). Inégal et visqueux ce dépôt a ulcéré la partie correspondante de la vessie. Enfin la muqueuse en entier s'est infectée, et on a affaire a une véritable cystite totale. Les urines sont troubles, purulentes, alcalines, le muscle vésical est irritable et ne saurait se laisser trop distendre sans risquer de se rompre.

Enfin les voies urinaires ascendantes gagnées par l'infection commencent à subir des altérations septiques, d'uretérite et de pyélo-néphrite.

A la troisième période, la muqueuse est, plus ou moins, détruite, mais les surfaces atteintes se cicatrisent légèrement. « La vessie est devenue une simple poche non élastique

(1) Ces précipitations de sels sont quelquefois si développées qu'elles peuvent être comparées à des stalactites ou à des stalagmites (Fenwick).

pouvaut contenir une once ou à peu près de liquide. Cette période est rarement atteinte et les infections pyélitiques qui viennent atteindre l'uretère et le rein viennent mettre fin aux souffrances du malade vers la fin de la deuxième période (Fenwick) ».

CHAPITRE VII

SYMPTOMATOLOGIE

Cliniquement les manifestations de l'ulcère simple chronique de la vessie se confondent avec celles des cystistes rebelles.

Adoptant la classification de Fenwick, que nous avons établie dans le chapitre précédent, nous diviserons l'évolution de la maladie en 3 périodes:

Période d'ulcère simple
— de cystite
— de cicatrisation.

Les symptômes sont variables dans chacun de ces cas.

L'affection est latente pendant très longtemps. Elle se manifeste au début soit par des *hémorragies*, soit par de la *douleur* et de la *fréquence des mictions*. Sur 16 cas recueillis par M. le professeur agrégé L. Imbert où le début était indiqué - il a trouvé 5 fois *l'hémorragie*, 10 fois la *douleur* et la *fréquence* ; la statistique est par trop incomplète pour qu'on puisse essayer dans tirer une conclusion.

L'*hématurie* n'est pas un symptôme constant. Elle peut faire défaut dans certains cas d'ulcère même profond, car, comme l'a fait remarquer le professeur Guyon, les processus

congestifs de la muqueuse ont sur sa production beaucoup plus d'influence que les lésions anatomiques. Néanmoins on la trouve souvent notée sur 31 cas, M. Imbert l'a notée 18 fois, et encore, ajoute-t-il, il faut certainement tenir compte de beaucoup d'observations incomplètes.

La fréquence de ces hémorragies est variable. Dans deux de nos observations nous les voyons reparaître seulement à de larges intervalles (six mois). Dans une autre au contraire elles se produisaient 2 fois par semaines. Dans certains cas elles ont paru être profuses et continuelles.

Un caractère qui paraît leur être constant c'est d'apparaître sans cause, et de ne pas disparaître par le repos.

Quant à leur abondance, elle est diverse aussi, et va du simple suintement qui colore légèrement l'urine, à l'extrême abondance avec expulsion de caillots. Dans un cas de Bazy, une d'entre elles a mis en péril la vie du malade.

Les *douleurs* constituent aussi un symptôme auquel Fenwick attribue une grande importance. Il s'agit d'un point douloureux constant, dont le siège est l'urètre pénien. Parfois spontanée, l'apparition des souffrances paraît souvent liée à la marche, à la fatigue, aux secousses. Cette douleur est du reste plus ou moins intense suivant les sujets : tandis que les uns accusent simplement une vague sensation de gêne, d'autres au contraire accusent des souffrances terribles, et en sont réduits à serrer leur verge avec la main quand ils veulent marcher. Dans certains cas (Obs. 3) elle existait seulement au moment de la miction. Elle ne paraît pas avoir de rapport avec les hémorragies, beaucoup de malades ayant eu des hémorragies d'ailleurs très fortes (Obs. 8) sans douleur.

Dans presque toutes les observations, nous notons aussi

à cette période une légère *fréquence dans les mictions*, d'ailleurs assez peu marquée, trop légère en tous cas pour attirer à elle seule l'attention du malade.

Jamais il n'y a de phénomènes de cystite à cette période, les urines sont claires, acides, de densité normale, contenant seulement un petit dépôt cellulaire. L'examen microscopique de ce dépôt, permettant de reconnaître des débris de la muqueuse, des fibres conjonctives ou même des fibres musculaires, pourrait peut-être mettre sur la voie du diagnostic. Mais nous ne croyons pas que ce procédé ait été employé dans ces cas, il n'en est fait mention dans aucune des observations que nous avons consultées.

Le toucher vaginal ou rectal, réveillant un point douloureux sur la face postéro-inférieure de la vessie, donnerait un signe précieux. Plus encore si le doigt pouvait sentir une zone d'induration, mais c'est une constatation qui n'est pas mentionnée et qui doit dans tous les cas être fort difficile ; nous ne parlerons pas de l'exploration digitale de vessie faite chez la femme à travers l'urètre dilaté.

Le catheter peut être d'une grande utilité en réveillant un point douloureux par son contact avec un point précis de la muqueuse vésicale, d'ailleurs tolérante en général.

Reste enfin la cystoscopie qui, permettant de constater dans le bas-fond ou au voisinage des orifices uretéraux une ou plusieurs ulcérations, petites, ordinairement arrondies, surélevées, à bords déchiquetés, cratériformes, à fond rouge ou recouvert d'un exsudat blanchâtre se détachant bien sur une muqueuse saine, plûtôt plus pâle d'habitude, pourra seule affirmer le diagnostic.

A la 2e période, apparaissent les phénomènes de cystite : la fréquence des mictions, la douleur en urinant, s'accentuent; en même temps que persistent les hémorragies et la douleur

localisée caractéristique de la première période, en même temps les urines deviennent troubles, purulentes, malodorantes.

L'examen cystoscopique, souvent difficile sur une vessie devenue intolérante, montre l'ulcère primitif recouvert d'une croûte plus ou moins épaisse de concrétions phosphatiques, rugueuses, capables de donner au choc du cathéter métallique une résonnance de calcul.

On a noté (ob. 5) sur la partie symétrique de la vessie une ulcération de contact, provoquée par le frottement de la couche phosphatique, et susceptible de saigner à son tour, et de se recouvrir aussi de phosphates ; sur la paroi vésicale, le gonflement et l'exfoliation caractérisques de toute cystite ; aux orifices uretéraux, on voit quelquefois sourdre une goutte purulente, signe d'infection des voies urinaires supérieures.

A la troisième période enfin la vessie est devenue absolument intolérante. Les mictions ne sont pas douloureuses mais elles sont très fréquentes. Les hématuries ont cessé mais les urines sont très troubles et purulentes.

La cystoscopie est presque impossible dans cette poche inextensible admettant à peine, selon l'expression de Fenwick, une once de liquide. Elle montrerait l'ulcération cicatrisée, la muqueuse vésicale exfoliée, privée presque en entier de son épithélium, cloisonnée par des adhérences et des rétractions fibreuses.

En même temps, on peut trouver dans la plupart des cas des symptômes de pyélonéphrite, due à l'infection consécutive.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

De l'étude que nous venons de faire des symptômes de l'ulcère vésical, il résulte que *seule la cystoscopie peut lever tous les doutes au sujet du diagnostic de cette affection.*

Dans presque tous les cas, surtout au début, la symptomatologie est nulle ou tellement imprécise qu'on rapporte les troubles observés, soit à une tuberculose vésicale, soit à une tumeur, soit plus souvent encore à une simple cystite.

Nous croyons cependant, avec Fenwick, que quand on se trouvera en présence d'un sujet jeune, exempt de tare tuberculeuse, et présentant des hématuries répétées, survenant sans cause et coïncidant avec des symptômes d'irritabilité vésicale, sans traces de pus dans les urines, ou quand le malade souffrira de cette douleur bien localisée au niveau du pénis, à laquelle Fenwick attache une grosse importance, l'attention du chirurgien devra être appelée sur cette affection dont la rareté tient peut-être à ce qu'elle est souvent méconnue.

Mais c'est là le cas classique ; souvent l'erreur sera possible avec une tuberculose, soit parce que l'hémorragie empêchera de tirer du cystoscope tous les renseignements qu'on serait en droit d'en attendre, soit parce que ses pré-

somptions de syphilis égareront l'esprit du médecin, soit enfin que l'ulcère ne se présente pas avec sa physionomie particulière.

Plus souvent encore à la seconde période l'ulcère risque d'être méconnu. Ayant tous les symptômes d'une cystite bien caractérisée, on peut être porté à ne pas chercher autre chose : l'explorateur métallique en heurtant le dépôt phosphatique peut en imposer pour un calcul, on pourra peut-être aussi trouver un calcul formé secondairement. Dans certains cas l'infection des voies supérieures ne paraissant pas nettement secondaire peut servir de point de départ à une fausse interprétation des troubles observés. Il ne faut pas oublier aussi que c'est dans ces cas que le contrôle si précieux du cystoscope, celui qui peut seul permettre d'affirmer le diagnostic ne sera plus possible, à cause de l'irritabilité de la vessie.

CHAPITRE IX

EVOLUTION. — COMPLICATIONS PRONOSTIC

L'ulcère simple peut guérir spontanément. L'examen cystoscopique, la taille hypogastrique, l'autopsie ont permis à Fenwick, à Albarran, à Le Fur, de constater des cicatrices, blanches, rétractées, plissant la muqueuse autour d'elles et correspondant sans doute à des ulcères guéris. Tel est sans doute aussi le cas publié par Loumeau, où il parle d'une ulcère qui siégeait au milieu d'un tissu fibreux et rétracté et dont il fait un « ulcère de cicatrice », qu'il qualifie : *rareté pathologique.*

Ce tissu cicatriciel est formé par une prolifération conjonctive, et dans certains cas recouvert par le bourgeonnement de l'épithélium voisin, qui peut oblitérer la perte de substance quand elle n'est très grande.

Quoique ce résultat soit heureux pour le malade, il ne va pas sans quelques inconvénients ; la capacité se trouve diminuée, les adhérences diminuent la contractilité vésicale, facilitant l'établissement de la cystite si elle n'existe déjà ; enfin la rétractilité des adhérences peut oblitérer en totalité ou en partie le col de la vessie ou les orifices uretéraux.

La durée de la maladie peut être fort longue. Dans un cas de Fenwick elle a été de 7 ans. Il ne faut pas oublier que l'absence de symptômes initiaux ne permet presque

jamais de déterminer l'époque où la maladie a commencé, et l'ulcère peut être déjà ancien à l'époque où le malade vient consulter. M. Imbert a trouvé que sur 15 cas recueillis la durée a été une fois de six mois, six fois d'un an, deux fois de deux ans, trois fois de sept ans, une fois de dix-neuf ans.

En tant qu'ulcération simple, le pronostic est en général bénin, l'affection ne déterminant que rarement la mort par elle-même et les troubles qu'elle comporte n'étant pas très accentués. Comme nous le verrons plus loin, le traitement médical ou l'intervention chirurgicale en ont presque toujours facilement raison.

Mais ce pronostic est très assombri par les complications, les unes purement accidentelles, les autres presque habituelles, qui viennent se greffer sur la maladie.

Parmi les premiers, d'abord l'ouverture des vaisseaux de la paroi, donnant lieu à des hémorragies plus ou moins graves, capables d'emporter le malade.

La perforation paraît peu à craindre, avec des ulcérations assez peu profondes, en général ; elle ne se produirait pas dans tous les cas sans avoir permis au processus inflammatoire de créer des adhérences protectrices, idoines à parer aux inconvénients de ce redoutable accident.

Moins rare qu'on ne le croit doit être la transformation de l'ulcération simple en ulcération tuberculeuse et néoplasique, les troubles de nutrition à ce niveau faisant un lit tout prêt aux bacilles de Koch que peut éliminer l'urine et l'irritation épithéliale appelant le cancer.

Mais la complication la plus fréquente, celle qui arrive presque fatalement, c'est l'infection du foyer, qui amène avec elle tous les accidents des cystites, dans quelques cas la calculose, enfin presque toujours, si on n'intervient pas à temps, l'infection des voies supérieures.

Parmi les complications générales, citons l'anémie profonde où peuvent jeter l'organisme des hématuries abondantes et fréquemment répétées.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

L'ulcère simple chronique de la vessie est, du moins quand il n'est pas compliqué, d'une curabilité relativement facile, et bien des observations prouvent que sa guérison peut souvent s'obtenir en dehors d'une intervention sanglante.

Nous ne croyons pas qu'on doive attribuer beaucoup d'importance au traitement général proprement dit ; mais il est certain qu'une hygiène sévère, une vie réglée exempte de tout excès vénérien ou alcoolique, des précautions prises soit contre le froid, ou la rétention volontaire de l'urine, l'abstention, en un mot, de tout ce qui peut favoriser les congestions vésicales doivent être ordonnées à tous ces malades, comme du reste à tous ceux qui souffrent d'une affection vésicale quelconque.

Quelques malades qui ont été traités par les balsamiques par voie gastrique n'ont pas paru en retirer beaucoup de bénéfices. Quant aux cures minérales, il n'en est fait mention nulle part et nous croyons à leur parfaite inutilité.

Il en est de même de tous les antiseptiques employés en pareil cas, et, si quelque médicament devait être donné par la bouche, nous préférerions ceux qui, en acidifiant les

urines, seraient capables peut-être de retarder la précipitation des phosphates, condition favorable, nous l'avons vu, à l'éclosion de la cystite. Parmi ceux-là nous accorderions la préférence à l'acide benzoïque et à l'acide salicylique.

Beaucoup plus efficace sera le traitement local, qui doit d'abord être essayé dans tous les cas. Fenwick a obtenu des résultats relativement bons avec des lavages vésicaux à l'acide lactique ; c'est une méthode qu'il paraît employer systématiquement. Il sert une solution d'un tiers à 1 pour 100 ; le traitement paraît avoir amené un soulagement chez deux de ses malades.

Moins bons peut-être, les résultats obtenus par l'huile de santal (Fenwick), l'huile gaïacolée (Guyon), l'huile iodoformée (Fenwick et Guyon), le sublimé (Guyon et Le Fur). Rien dans les observations ne nous permet de conclure à leur efficacité en pareil cas.

Il en est tout autrement des sels d'argent, et nous mettrons en première ligne le nitrate, en lavages ou en instillations. C'est à lui je pense que nous devons rapporter toutes les guérisons qui ont été obtenues sans intervention chirurgicale.

Comment le sel doit-il être employé ?

Evidemment les lavages ont l'inconvénient de distendre une vessie déjà peu tolérante et d'irriter, de ce fait, une surface qui a besoin de tranquillité pour se cicatriser. Nous croyons tout de même que ce procédé doit être préféré à l'instillation simple toutes les fois qu'une disposition particulière ne permettra pas d'être sûr que l'on dépose les gouttes instillées sur la surface ulcérée. Le Fur prétend dans une de ses observations avoir pu guider sa sonde et la diriger sur son doigt, qui introduit dans le vagin avait préala-

blement repéré l'ulcère. Ce moyen nous paraît par trop acrobatique pour avoir des chances d'entrer dans la pratique courante. Nitze, se servant d'un cystoscope spécial, Clado avec son endoscope ont pu diriger leurs instillations sur telle partie de la vessie. Reste à savoir si tous les praticiens auront l'instrumentation particulière,et aussi peut-être l'habileté nécessaire pour suivre cette technique. Du reste il faut avant tout tenir compte du malade, et tâter la susceptibilité de sa vessie, avant de se décider systématiquement pour l'une ou l'autre méthode.

Le titre initial de la solution employée doit être très faible (1/100 à 1/200) et progressivement élevé, l'action du nitrate ne devant être réellement efficace qu'avec des solutions de 1/30 à 1/20. Il faut, en effet, utiliser en pareil cas, non pas l'action cathartique du nitrate d'argent, mais son action caustique. Nous n'en voulons pour preuve que cette phrase que nous extrayons d'un mémoire de notre maître le professeur agrégé L. Imbert : « J'ai traité récemment un ulcère de la vessie très douloureux qui a résisté au nitrate d'argent au 1/40. Je songeais à faire une taille hypogastrique, mais je décidai auparavant d'augmenter le titre de la solution et, en effet, sous l'influence de la solution à 5 pour 100,une amélioration ne tardait pas à se produire qui aboutit à la guérison. » Enfin le nitrate d'argent a peut-être en outre une autre action ; Fenwick dit, dans un de ses cas (Obs. 7): « Il m'a semblé que le nitrate d'argent avait dû produire un effet galvanoplastique, sur la surface de l'ulcère, et avait protégé les nerfs dénudés contre l'action irritante de l'urine, diminuant ainsi la douleur et le réflexe de la miction. »

Nous ne parlerons ici ni du protargol, qui pourrait peut-être rendre les mêmes services, ni des autres sels d'argent, leur emploi n'étant mentionné nulle part.

Concurremment avec le nitrate d'argent, Le Fur a obtenu de bons résultats de la teinture d'iode (Obs. 9).

Le *pansement permanent* de Bazy n'a jamais, que nous sachions, été employé dans ce cas. Peut-être pourrait-il rendre des services. Quant à la sonde à demeure et au cathetérisme des uretères, il nous paraît inutile d'en parler autrement que pour constater leur inutilité.

En somme, c'est le nitrate d'argent qui nous paraît être le topique de choix à employer dans le traitement de l'ulcère simple chronique. Ajoutons que dans bien des cas l'opium, appliqué surtout par voie rectale, lui sera un précieux auxiliaire en diminuant les douleurs et l'irritabilité vésicale.

Il nous faut maintenant nous occuper des nombreuses interventions sanglantes qu'on a dirigées contre l'ulcère simple de la vessie.

Très différentes quant au mode opératoire employé, elles peuvent toujours se ramener à deux groupes :

1° Cautérisation ou grattage ;
2° Extirpation.

La *cautérisation* peut se faire avec des caustiques chimiques, ou mieux au galvano-cautère. Elle a donné de bons résultats.

Nitze, Grünfeld, Clado l'ont faite par la méthode endoscopique, surtout chez la femme, sans nier sa possibilité sur l'homme. Elle comporte, nous l'avons déjà dit, des difficultés instrumentales qui l'ont encore tenue éloignée de la pratique, et elle ne paraît pas près d'y entrer.

Plus souvent elle a été faite à la faveur d'une taille vaginale ou hypogastrique. C'est en somme l'exception dans le traitement.

Le *grattage* à la curette nous paraît supérieur, et de fait il a été le plus employé.

Chez la femme il serait possible de le faire en utilisant la voie urétrale, en guidant la curette sur le doigt fixé dans le vagin ; d'autant plus que l'ulcère, de par sa position, paraît toujours être accessible à la curette.

Sur six cas où nous le trouvons mentionné il a donné deux guérisons, une amélioration considérable et trois insuccès. C'est dire qu'on ne peut espérer en tirer de bons résultats dans plus de la moitié ou un tiers des cas.

Néanmoins son innocuité presque absolue en fait une méthode à essayer dans certains cas, avant d'en arriver à une opération plus grave.

Il a contre lui ce fait qu'il est difficile souvent de savoir si le grattage a été suffisamment profond et si toutes les parties de l'ulcère ont été enlevées.

Reste l'*extirpation*, qui paraît être la méthode de choix toutes les fois que la cystite concomitante ne vient pas mettre en doute la possibilité de la réunion par première intention.

Le peu de profondeur de l'ulcère permet souvent d'enlever les parties malades sans perforer la vessie.

Dans le cas contraire, l'opération est ramenée à la résection d'une tranche de la paroi vésicale, peu considérable, à cause des dimensions de l'ulcère.

Grattage ou extirpation se feront le plus souvent à la faveur de la taille. Taille vaginale, périnéale ou hypogastrique.

Outre les avantages d'accès facile sur l'ulcère, ces opérations ont encore celle de mettre la vessie au repos, dans le cas où il y aurait cystite concomitante, et d'en permettre le drainage favorable à la guérison de l'infection.

Il serait trop long de discuter quelle est celle de ces trois opérations qui convient le mieux, d'autant mieux que cette

discussion a été faite à propos de toutes les interventions sur la vessie.

Disons seulement que la *taille vaginale* n'est guère favorable au traitement direct des lésions, mais elle permet toutefois d'opérer des grattages et des cautérisations. Sa faible mortalité en ferait le traitement de choix, d'autant plus qu'elle assurerait, en cas de besoin, un drainage facile et complet. Mais beaucoup des malades ainsi opérés gardent une fistule permanente.

Sept cas d'ulcère traités de cette façon ont guéri, mais quatre des opérées sont restées fistuleuses (Imbert. Rapport à la 7e session à la Société Française d'urologie).

La *taille périnéale*, que préconisait Fenwick, a contre elle sa forte mortalité (de 18 à 27 0/0 suivant les statistiques). Elle donne un drainage souvent insuffisant : de plus, l'objection plus grave dans le cas particulier, elle ne permet pas un accès facile sous l'ulcère. Elle nous paraît donc à rejeter.

La *taille hypogastrique* enfin nous paraît être dans presque tous les cas l'opération de choix. Sa mortalité est peu élevée; elle donne un jour et un accès suffisant : douze opérations relevées par notre maître le professeur agrégé L. Imbert ont donné six guérisons sans fistules, trois grandes améliorations, sept amélioration ; simples et deux insuccès.

Il est un cas cependant où nous lui préférerions la taille vaginale ou périnéale. C'est celui où le chirurgien serait forcé de n'opposer à l'ulcère qu'un traitement palliatif, c'est-à-dire mettre au repos et drainer une vessie irritable et infectée sans toutefois pratiquer la résection ou le grattage de la partie malade. La taille hypogastrique n'assurant pas alors un drainage suffisamment efficace nous paraît à rejeter.

En somme, nous concluons que tout ulcère simple chronique, surtout s'il est pris au début, nous paraît curable,

dans un temps relativement court, par un traitement local non sanglant, dont les instillations ou les lavages au nitrate d'argent nous paraissent devoir faire le fond.

En cas d'échec, la cautérisation ou le grattage à la curette peuvent être tentés. Mais c'est surtout l'excision de l'ulcère par voie vaginale, périnéale ou surtout hypogastrique qui sera le traitement de choix.

Ajoutons que les guérisons obtenues paraissent avoir été définitives et que, sauf le cas de Loumeau, dont nous avons parlé plus haut, et qui prête du reste à discussion, nous ne connaissons pas d'exemples de récidives de l'affection.

CONCLUSIONS

Parmi les ulcérations idiopathiques de la vessie, il en est une qui, toute différente de l'exulceratio simplex et de l'ulcère perforant, paraît, de par son allure particulière, devoir être mise à part. C'est l'ulcère simple chronique de la vessie, analogue à l'ulcère de l'estomac.

Plus fréquent chez la femme, cet ulcère se caractérise par son siège, sa forme, sa marche lente et insidieuse.

Sa pathogénie est inconnue. On peut l'attribuer à des lésions hémorragiques dues à une toxémie de source souvent intestinale.

Il se traduit cliniquement par des hématuries, des douleurs particulières, de la fréquence des mictions. Seul l'examen cystoscopique peut permettre de le différencier d'une cystite.

Elle se complique plus tard de cystite, de pyélonéphrite, de calculose.

D'allures plutôt bénignes, il guérit rarement seul, mais cède souvent à un traitement approprié, sans récidives.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARMSTRONG (G.-E.). — Solitary ulcer of the bladder non trumatic and non tubercular in origin. (*Montreal, M. J.* 1905, XXXII 419-426).

BAZY. — Une indication de la taille hypogastrique (*Gaz. d. Hôpit.*, 26 mars 1889).

BURKHARDT. — Ulcération simple de la vessie avec examen cystoscopique (*Atlas de cystoscopie*. Bâle 1891).

BROWNE. — Artificial vesico-vaginal fistule for the cure of chronic cysticis ad ulcer of the bladder (*Maryland, med. J. Balt*, 1896-97, 163).

CIVIALE. — Traité des maladies des voies urinaires.

ESCAT. — Les cystites rebelles. Annales génito-urinaires, février 1897, p. 162.

FENWICK. — Valeur clinique de l'ulcère simple de la vessie (*Brit. med. J.*, 9 mai 1896).

— Ulceration of the bladder simple, tub. and. Malignan (Londres, 85 p.).

— The cardinal symptomes of urinary diseases, 1893.

GARCEAU (E.). — Ulcérations vésicales reconnues par la cystoscopie et guéries par le nitrate d'argent (*Brit. med. j.* 1896, 1. p. 1133).

GANDY. — L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies (Th. de Paris 1899).

GRUNFELD. — De la cystoscopie et de son application dans le diagnostic et le traitement des maladies de la vessie. (*Klinische Zeit und Sheitfragen*, t. III. 1899, p. 231-236).

GROSS (S.).—Diseases of the urinary organes, 3e édit., 1876 (p. 32 à 42).

GUEPIN. — Fausses cystites. Acad. de méd., déc. 1895 (*Gaz méd.*, Paris, juillet 1895).

HACHE. — Article vessie du dict. encyclop. des sciences médicales.

HOCK. — Zur Frage des curettements der Blase bei cysticis dolorosa (*Prag. med. Wchsch*, 1902, no 42).

IMBERT (L.). Les ulcères de la vessie (*Montp. méd.*, 1903).

— La cystoscopie, technique et indications (*Journ. des praticiens*, 6 août 1903).

— Des cystites rebelles. (*Rapport à l'Association française d'urologie*, 1903).

KUTNER. — Cystoscopie (*Centralblat für die Krankh, d. Harn. und sex. org.* 1903 xir 1-4).

KREISSEL. — The rational treatment of vesical ulcer (*Chicago med. Record*. déc. 1900).

LE FUR. — Les ulcérations vésicales, Th. de Paris 1901.

LOUMEAU. — *Progrès médical*, 1896.

MERCIER. — Ulcérations et perforations spontanées de la vessie. (*Gaz. médic.* Déc. 1836. *Bull. de la soc. anat.*, 1836, p. 236).

MORGAN. — Ulcération de la vessie. *Transaction of pathological society of London*, vol. 39 1898, p. 162).

PARASCANDOLO. — Das curettament der Blase (*Vr. med.* Woch 1901.

PARASCANDOLO et MARCHESE. — Das curettament der Blase, (id.) nos 40, 43.

RAZONMOWSKY. — Un cas d'ulcère simple chronique de la vessie (*Annales de la chirurgie russe*, livre 2, résumé Vratch 1901, no 19).

ROSVING. — Ulcération de la muqueuse vésicale sans cystite (Copenhague 1890.

SCHATZ. — Sur les ulcères de la vessie (*Archiv. fur Gynœkol, 1886*, t. XXIX, p. 53).

TEDENAT. — *Nouv. Montp. Méd.* 1897.

Communication à la 7e session de l'Association française d'urologie, Paris 1904.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 février 1904.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 février 1904.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégue,
VIGIÉ.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitres		Pages
I.	Introduction	7
II.	Historique	9
III.	Observations	11
IV.	Etiologie	21
V.	Pathogénie	23
VI.	Anatomie pathologique	27
VII.	Symptomatologie	31
VIII.	Diagnostic	35
IX.	Evolution, Complications, Pronostic	37
X.	Traitement	40
Conclusions		47
Index bibliographique		49

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!